



حقوق، مسئولیت‌ها و اطلاعات مهم دیگر

برای برنامه‌های کمک نقدی و کوین غذایی و/یا برنامه خدمات پزشکی (CMS) Medi-Cal/34-County

این صفحات حقوق و مسئولیت‌های شما و اطلاعات مهم دیگر را به شما عرضه می‌کنند. بخشنده‌یاری به اطلاعاتی نیاز دارد تا بینند که آیا برای کمک نقدی، کوین غذایی و/یا سوالی دارید، از مامور رسیدگی به پرونده خود بپرسید. نیاز دارید ویا مامور رسیدگی به پرونده خود بپرسید.

کمک نقدی شامل فرصت کاری و مسئولیت در مقابل کودکان کالیفرنیا (CalWORKs) و امداد نقدی به پناهندگان (RCA) می‌شود.

Medi-Cal/34-County CMS فقط شامل مزایای کامل Medi-Cal/34-County CMS می‌شود.

14. انتخاب طرح بهداشتی/درمانی از قبل پرداخت شده (PHP)، پوشش پرداخت هزینه برای سرویس (در صورت موجود بودن)، سازمان حفظ سلامتی (HMO: Health Maintenance Organization) و/یا Medi-Cal، هنگامیکه برای Medi-Cal

15. درخواست برای جایگزین کردن کارت شناسایی کوین غذایی ویا کارت شناسایی مزایای Medi-Cal (BIC) Medi-Cal اگر در پست مفقود شده، صدمه دیده ویا از بین برود. در صورت وجود شرایط بودن، بخشنده‌یاری به شما خواهد گفت.

16. درخواست برای پول بیشتر اگر درآمد شما کم ویا متوقف شود (فقط کمک نقدی).

17. برای درخواست پرداخت هزینه لباس، مسکن و اقلام ضروری خانوار که مفقود شده، صدمه دیده ویا به خاطر شرایط ناگهانی و غیرعادی موجود نمی‌باشد (فقط کمک نقدی).

18. برای درخواست پرداخت هزینه نیازهای مداوم ویژه از قبیل رژیم غذایی خاص، تراپری برای مراقبت مداوم پزشکی، سرویس رختشویی خاص، تلفن برای افرادی که مشکل شنواپی دارند، صورتحساب‌های زیاد تسهیلات شهری و غیره (فقط کمک نقدی).

19. برای آگاهی کتبی هنگامیکه درخواست نامه شما قبول شود، رد شود ویا هنگامیکه مزایای شما تغییر کرده ویا متوقف شود.

20. برای نگهداری مدارک شما به صورت محترمانه توسط بخشنده‌یاری ویا ایالت، مگر اینکه کمک نقدی یا کوین های غذایی دریافت می‌کنید و یک حکم دستگیری برای شما صادر شده باشد ویا قانون مقرر کرده باشد.

21. برای گفتگو با فردی از بخشنده‌یاری ویا تسلیم یک شکایت رسمی به ایالت در صورتیکه با اقدامی که توسط بخشنده‌یاری اتخاذ شده موافق نیستید. می‌توانید با شماره رایگان 5253-952-1-800-952-8349 TDD 1-800-952-8349 تاسیساتی را می‌پرسید.

22. برای درخواست یک جلسه رسیدگی ایالتی در ظرف 90 روز از اقدام بخشنده‌یاری برای کمک نقدی، کوین های غذایی و Medi-Cal.

23. برای درخواست برای یک جلسه رسیدگی ایالتی، می‌توانید با بخشنده‌یاری خود مکاتبه کنید ویا با شماره تلفن های مجانی ایالتی که در مورد شماره 21 در بالا ذکر شد تماس بگیرید.

24. برای استیناف همه موارد وجود شرایط بودن برای Medi-Cal/34-County CMS می‌توانید فقط با بخشنده‌یاری خود مکاتبه کنید.

25. از طرف خودتان، یک عضو خانوار، دوست، وکیل ویا شخص دیگری که انتخاب کرده اید در جلسه رسیدگی ایالتی حاضر شوید. تذکر: ممکن است بتوانید کمک قانونی مجانی در دفتر امداد قانونی محلی تان ویا گروه حقوق رفاه دریافت کنید.

حقوق شما

1. بدون توجه به نژاد، رنگ پوست، اصلیت ملی، مذهب، وابستگی سیاسی، وضعیت تأهل، جنسیت، معلولیت ویا سن با شما با مساوات رفتار شود. اگر احساس می‌کنید برعلیه شما تعیینی اعمال شده است می‌توانید با ابتدا صحبت کردن با نماینده حقوق مدنی که از طرف بخشنده‌یاری مشخص شده یک شکایت نامه تسلیم کنید ویا با نشانی زیر مکاتبه کنید

State Civil Rights Bureau
744 P Street, MS 15-70
P.O. Box 944243
Sacramento, CA 94244-2430

ویا با شماره مجازی 1-866-741-6241 یا برای ناشنوایان TDD 1-800-688-4486 تماس بگیرید.

2. برای دریافت کمک برای درخواست ویا ادامه دریافت کمک نقدی، مزایا و خدمات در صورتیکه معلولیتی دارید. اگر به خاطر یک معلولیت نیاز به کمک دارید، به بخشنده‌یاری بگویید.

3. برای درخواست کمک در بر کردن درخواست نامه برای هر کمک نقدی، کوین غذایی ویا فرم Medi-Cal/34-County CMS دیگر.

4. برای درخواست برای یک مترجم و ترجمه فرم‌ها و اعلامیه‌ها اگر به زبان انگلیسی صحبت ویا فرائت نمی‌کنید.

5. به طور مودبانه، رعایت حال و محترمانه با شما رفتار شود.

6. هنگامیکه درخواست می‌کنید واجد شرایط بودن شما تعیین می‌شود به طور سریع در ظرف 45 روز برای کمک نقدی و Medi-Cal/34-County CMS (یا 90 روز برای کمک تشخصیص معلولیت نیاز باشد) و در ظرف 30 روز برای کوین های غذایی توسط بخشنده‌یاری با شما مصاحبه شود

7. برای مشاوره در مورد پرونده شما با شهرستان و برای مرور پرونده توسط خودتان هنگامیکه برای چنین کاری درخواست کنید.

8. بلاقالصه در مورد مقررات دریافت کمک نقدی به شما گفته شود. اگر فکر کنیم که ممکن است واجد شرایط باشید، در ظرف یک روز یک مصاحبه خواهید داشت.

9. بلاقالصه در مورد مقررات دریافت کوین های غذایی به شما گفته شود. اگر فکر می‌کنیم که برای دریافت فوری آنها واجد شرایط هستید، فوراً با شما مصاحبه شده و در ظرف سه روز کوین هایی غذایی را دریافت خواهید کرد.

10. در صورت مشمول بودن، برای دریافت تا حد امکان فوری Medi-Cal/34-County CMS در صورتیکه یک وضعیت اضطراری پزشکی دارید ویا حامله هستید.

11. ادامه دریافت بدون وقفه کمک نقدی و مزایای Medi-Cal در صورتیکه از یک بخش به بخش دیگر نقل مکان کنید، اگر هنوز مشمول باشید.

12. مقررات مشمولیت عطف به سابق Medi-Cal به شما گفته شود.

13. کاهش هرگونه سهم هزینه که ممکن است داشته باشید توسط ارائه صورتحساب های پرداخت نشده پزشکی قبلی که هنوز بدھکار هستید، Medi-Cal/34-County CMS برای هنگامیکه برای درخواست می‌کنید.

مسئولیت های شما**وضعیت شهروندی/مهاجرت**

تحت مجازات برای شهادت کذب امضاء کنید که برای کمک نقدی و کوین های غذایی درخواست می کند یا شهروند ایالات متحده، تبعه ایالات متحده بوده ویا وضعیت مهاجرت قانونی دارد. اطلاعاتی که در مورد وضعیت مهاجرت به ما می دهد توسط خدمات شهروندی و مهاجرت ایالات متحده (USCIS:U.S. Citizenship and Immigration Services) تأیید می شود.

اطلاعاتی که از USCIS دریافت می کیم ممکن است بر روی واحد شرایط بودن شما تأثیر بگذارد. (دفترچه راهنمای خط مشی ها و روال ها بخش 42-433).

اگر Medi-Cal/34-County CMSP می خواهید، بایستی یک اعلامیه

وضعیت شهروندی/مهاجرت را تحت مجازات شهادت کذب فراهم کنید. اگر بگویید غیرشهروندی هستید که وضعیت اقامت قانونی دائم (LPR) در ایالات متحده دارد،

یک بیگانه عفو شده هستید که یاک ۱-۶۸۲ معتبر و جاری USCIS برای

هستید که تحت یک طبقه خاص قانونی اقامت دائمی دارد (PRUCOL)، وضعیت مهاجرت شما توسط USCIS تأیید خواهد شد. از اطلاعاتی که USCIS برای

تأیید وضعیت مهاجرت متقاضی دریافت می کند صرفًا می توان برای تعیین واحد شرایط بودن برای Medi-Cal/34-County CMSP استفاده کرد و نمی توان برای اعمال قانونی مهاجرت استفاده کرد، مگراینکه مرتكب کلاهبرداری شوید.

انگشت نگاری/عکس پردازی

همه اعضای بزرگسال مشمول خانوار برای کمک نقدي و/یا کوین های غذایی

بایستی انگشت نگاری/عکسپردازی شوند. اگر هر فردی که لازم است در اجرای این

مقررات همکاری کند انگشت نگاری/عکسپردازی نشود، مزایای برای کل خانوار صادر نخواهد شد. (دفترچه راهنمای خط مشی ها و روال ها بخش 40-105.3).

این تصاویر عکسپردازی/انگشت نگاری محترمانه بوده و نمی توان برای جلوگیری ویا مجازات تقلب در رفاه از آنها استفاده کرد.

مقررات شماره تأمین اجتماعی (SSN)

SSN ها برای مقایسه کامپیوتوری استفاده خواهد شد تا عایدی و متابع

درآمد با مدارک مالیاتی، رفاه، اشتغال و سازمان تأمین اجتماعی و سازمان های

دیگر کنترل شود. تفاوت ها ممکن است با کارفرمایی شما، بانک و غیره مرور

شود. اظهاریه های نادرست ویا قصور در گزارش همه اطلاعات ویا وضعیت هایی

که بر روی واحد شرایط بودن و پرداخت کمک برای کمک نقدي، کوین غذایی و Medi-Cal/34-County CMSP مزايا و/یا اقدام بزهی ویا مدنی شود.

کمک نقدي و کوین های غذایی: بایستی SSN را برای هر متقاضی ویا دریافت

کننده کمک نقدي و/یا کوین های غذایی ارائه کنید. اگر در ارائه SSN ویا مدرك درخواست برای SSN قصور کنید، قادر به دریافت کمک نقدي ویا کوین های غذایی

نخواهد بود. برای کمک نقدي، بایستی مدرک درخواست برای SSN را در ظرف 30 روز از درخواست برای کمک نقدي ارائه کرده و SSN را هنگامیکه آنرا دریافت می کنید

به بخشداری بدهید. (دفترچه راهنمای خط مشی ها و روال ها بخش 40-105.2).

هر متقاضی برای Medi-Cal/34-County CMSP که اظهار می دارد

شهروند ایالات متحده، یک تبعه ایالات متحده، یک بیگانه

غفو شده با یک ۱-۶۸۸ معتبر و جاری ویا PRUCOL می باشد در صورتیکه در

ارائه SSN ویا مدرک درخواست برای SSN قصور کند از دریافت Medi-Cal سلب

صلاحیت خواهد شد. هر غیرشهروندی که یک SSN ندارد و یک بیگانه غفو شده با

یک ۱-۶۸۸ معتبر و جاری ویا یک LPR می باشد در صورتیکه همه

مقررات واحد شرایط بودن را که شامل سکونت در کالیفرنیا می شود را برآورده

کند، هنوز می تواند Medi-Cal/34-County CMSP محدود دریافت کند.

تأییدیه (ها)

ارائه مدرک در حمایت از واحد شرایط بودن شما. اگر نمی توانید مدرک را

تهیه کنید، لازم خواهد بود که اسم فرد ویا سازمان دیگری را بدھید تا ما بتوانیم

برای دریافت مدرک با آنها تماس بگیریم. هنگامیکه نمی توانید آنرا دریافت

کنید، ما به شما در گرفتن آن کمک خواهیم کرد. (دفترچه راهنمای خط مشی ها و

روال ها بخش های 40-105.1:40-157.212:40-157.213).

همکاری

همکاری با کادر اداری بخشداری، ایالتی و فدرال. برای کمک نقدي، یک

مأمور رسیدگی بخشداری می تواند در زمان مقرر به خانه شما آمده تا به اطلاعات

شما رسیدگی کند که شامل ملاقات با هر عضو خانواده می شود. در صورت عدم

همکاری ممکن است مزایا دریافت نکنید ویا مزایای شما متوقف شود.

MEDI-CAL

برای درخواست هر مزايا ویا درآمدی که هر福德ی برایش واحد شرایط است، از قبیل: مزایای بیکاری (UIB) ویا معلوماتی، مزایای سربازان بازنشسته، تأمین اجتماعی ویا بیمه درمانی وغیره.

حمایت کودک/همسر و پزشکی

همکاری با بخشداری و سازمان حمایت از کودکان محلی به منظور: شناسایی و محل بیمه در پدر/مادر غایب در پرونده شما:

- هر زمان که اطلاعاتی در مورد پدر/مادر غایب از قبیل محل سکونت ویا محل کار کسب کرده، به بخشداری ویا سازمان حمایت از کودکان محلی بگویید.

در صورت لزوم، نسبت پدری هر کودکی که در پرونده شماست را مشخص کنید:

- پول حمایت پزشکی را از پدر/مادر غایب دریافت کرده و اگر کمک نقدي دریافت می کنید، پول حمایت از کودک را دریافت کنید؛
- هرگونه پول حمایت پزشکی و هرگونه پول حمایت از کودک/همسری که دریافت می کنید را به سازمان حمایت از کودک/همسری بدهید؛
- در مورد پوشش پزشکی ویا وجہی که برای خدمات پزشکی توسط پدر/مادر غایب پرداخت شده به بخشداری بگویید.

در صورت عدم همکاری، کمک نقدي شما کاهاش پیدا خواهد کرد. (دفترچه راهنمای خط مشی ها و روال ها بخش های 40-157.212:40-157.213).

MEDI-CAL**کارت شناسایی مزايا (BIC)**

امضای BIC هنگامیکه آنرا دریافت می کنید و استفاده از آن تنها برای دریافت خدمات مراقبت بهداشتی/درمانی لازم.

هرگز BIC خود را به دور نیاندزایید (مگر اینکه یک BIC جدید به شما داده Medi-Cal دریافت می کنید، دریافت نمی کنید. اگر دوباره کمک نقدي ویا Medi-Cal دریافت می کنید، می توانید از همان BIC استفاده کنید.)

برای ارائه BIC به تأمین کننده پزشکی خود هنگامیکه شما ویا عضوی از خانواده بیمار است ویا وعده ملاقات دارد.

برای ارائه هرچه زودتر BIC بعد از وضعیت اضطراری به تأمین کننده پزشکی که شما ویا عضوی (اعضای) خانواده شما را در یک موقعیت اضطراری مداوای کرده است.

پوشش/بیمه مراقبت بهداشتی/درمانی

اگاهی دادن به بخشداری و تأمین کننده مراقبت بهداشتی/درمانی از هرگونه پوشش/بیمه مراقبت بهداشتی/درمانی که شما ویا عضوی از خانواده شما دارید.

کسب هرگونه بیمه بهداشتی/درمانی که برای شما و خانواده شما به طور رایگان ویا به هزینه معقول موجود است.

استفاده از هرگونه طرح بهداشتی/درمانی از پیش پرداخت شده، سازمان حفظ بهداشت/درمان ویا طرح های بیمه مراقبت بهداشتی/درمانی، قبل از استفاده از Medi-Cal/34-County CMSP پزشکی که نیاز دارید را عرضه نکند. لازم است از آن طرح ها استفاده کنید. چون Medi-Cal پرای هر سرویسی که برای این طرح های بیمه پزشکی پرداخت می شود و/یا توسط آنها تأمین می شود پرداخت نخواهد کرد.

نام نویسی و ادامه عضویت در یک طرح بهداشتی/درمانی گوهی مربوط به اشتغال، هنگامیکه Medi-Cal پرداخت حق بیمه ها توسط ایالت کالیفرنیا را تصویب می کند.

مسئولیت های گزارشی شما

2. درآمد غیرکسب شده و با براساس معلومیت: کل درآمد دیگر که توسط شما و یا هرفردی در خانوار شما در ماه گزارش دریافت شد. این درآمد شامل موارد زیر می شود: حمایت از کودک/همسر؛ بهره و یا سود سهام؛ بردگاهی قمار/بخت آزمایی؛ تسویه حساب بیمه و یا قانونی؛ مزایای اعتصاب؛ پول نقد، هدايا، وام، بورسیه ها؛ پانزدهم روز ماهی؛ هرگونه مزایای دولتی از قبیل تأمین اجتماعی، درآمد امنیت تکمیلی/پرداخت تکمیلی ایالتی (SSI/SSP)، بیمه بیکاری، کمک هزینه بیکاری، غرامت معلومیت ایالتی، سربازان بازنیسته و یا بازنیستگی از راه آهن و یا معلومیت و یا بازنیستگی خصوصی و یا دولتی دیگر؛ درآمد از اجاره و یا کمک در پرداخت اجاره؛ مسکن/تسهیلات شهری/لباس/غذای مجانية و یا هر نوع وجود دیگری که دریافت شده است.
3. همچنین بایستی در گزارش سه ماهه خود هرگونه درآمدی که انتظار دارید در دوره سه ماهه آینده دریافت کنید را گزارش کنید. این درآمدها شامل تغییرات در درآمد کسب شده، غیرکسب شده و براساس معلومیت می شود.
4. دارایی: هرگونه دارایی که شامل موارد زیر می شود: وسائل نقلیه موتوری؛ حساب های بانکی؛ اوراق قرضه پس انداز؛ بیمه نامه ها؛ خانه و یا زمین؛ حساب سپرده؛ موجودی نقد EBT و غیره که شما و یا فردی در خانوار شما از زمان آخرين گزارش سه ماهه تان دریافت کرده اید و هنوز دارید بدون توجه به اینکه خریداری، کسب و یا به عنوان یک مبالغه شده شده باشد. بخشنده از این اطلاعات استفاده کرده تا مشخص کند که آیا خانوار شما از حد دارایی تجاوز کرده است. همچنین اگر شما و یا هرفردی از زمان آخرين گزارش سه ماهه تان هرگونه دارایی را فروخته و یا مبالغه کرده است بایستی گزارش کنید.
5. اگر نقل مکان کنید و یا فردی به خانه شما بپاید و یا آنرا ترک کنند: از آخرین گزارش سه ماهه شما، فردی (که شامل نوزادان می شود) به خانه شما وارد شده و هنوز در آنجاست. بایستی هرفردی که خانه شما را ترک کرده و یا از زمان آخرين گزارش سه ماهه فوت کرده را نیز گزارش کنید.
6. مجرمین محکوم شده مواد مخدر، مجرمین در حال فرار و متخلفین از آزادی مشروط/التزامی: اسم هر یک از اعضای خانوار شما که برای اجتناب از یک مجازات کفری، بازداشت شدن و یا جنس شدن بعد از محکومیت و با تخلف از آزادی مشروط و یا التزامی در حال اجتناب و یا فرار از قانون است. همچنین بایستی هر عضوی از خانوار را گزارش کنید که برای یک جرم مربوط به مواد مخدر محکوم شده که شامل در اختیار داشتن، استفاده، تولید، فروش و یا توزیع مواد کنترل شده می شود و یا فعالیتی در رابطه با این اقدامات غیرقانونی و یا کشت، عمل آوری و یا پردازش ماری جوانا و یا درگیر کردن افراد غیری در این فعالیت ها می شود. برای کوین های غذایی بایستی جرم ها را از 22 اوت 1996 و برای کمک نهادی بایستی همه محکومیت هایی که بعد از 1 ژانویه 1998 اتفاق افتاده را گزارش کنید.
7. کاهش در ساعت کار: اگر یک بزرگسال سالم و توانا هستید که وابسته ندارد ساعت در ماه می رود بایستی آنرا گزارش کنید. همچنین اگر انتظار دارید که ساعت کار شما در سه ماه آینده به زیر این محدوده ها تقلیل پیدا کند بایستی آنرا گزارش کنید.
- برای Medi-Cal/34-County CMSP، بایستی در موارد زیر گزارش کنید:
1. هرکسی که وارد یک خانه سالمدان و یا تسهیلات مراقبت طولانی مدت می شود و یا آنرا ترک می کند.
 2. هرکسی که برای مزایای معلومیت درخواست می کند از قبیل SSI/SSP، تأمین اجتماعی، سربازان بازنیسته و یا بازنیستگی از راه اهن.
 3. هرکسی که خدمات مراقبت بهداشتی/درمانی دریافت می کند که در نتیجه یک حادثه و یا آسیب به حاضر اقدام و یا کوتاهی در اقدام فرد دیگری است.

بايستی اطلاعات خاصی را به بخشداری گزارش کنید. اگر مطمئن نیستید که چطور گزارش کنید، چه موضوعی را گزارش کنید و یا جه مدرکی نیاز دارد، از مأمور رسیدگی به پرونده خود سوال کنید. اگر کوین های غذایی دریافت می کنید، مأمور رسیدگی به پرونده تان به شما خواهد گفت که آیا یک خانوار Medi-Cal/34-County CMSP دریافت می کند، بخشداری به شما خواهد گفت که بايستی جه موقع گزارش کنید. (دفترچه راهنمای خط مشی ها و روال ها بخش 181-40).

بخشداری گزارش کنید

برای گزارش سه ماهه کمک نقدی و کوین غذایی، بايستی یک گزارش مشمولیت سه ماهه (QR 7) را تا پنجمین روز ماه بعد از ماههای گزارش خود تحويل داده و همه تغییرات لازم را در ظرف 10 روز به بخشداری گزارش کنید.

برای گزارش تغییر در کوین غذایی، بايستی همه تغییرات را در ظرف 10 روز گزارش کنید:

- توسط پست، تلفن و یا شخصاً در دفتر کوین غذایی بخشداری؛ و یا
- بر روی یک DFA 377.5، گزارش تغییر در خانوار کوین غذایی

برای Medi-Cal، بايستی همه تغییرات را در ظرف 10 روز گزارش کرده و یک گزارش وضعیت کامل را تا پنجمین روز ماهی که بخشداری آنرا برایتان ارسال می کند و یا به شما می دهد تحويل دهید.

چه موقع بایستی گزارش کنید

برای گزارش سه ماهه کمک نقدی و کوین غذایی

مقررات گزارش هر سه ماه یکبار اظهار می دارد که بايستی مسائل را در اوقات مشخصی گزارش کنید. به شما یک "ماه گزارش" برای هر سه ماهه (دوره سه ماهه) تخصیص داده خواهد شد. این دو مین ماه در هر دوره سه ماهه خواهد بود. برای مثال، اگر دوره سه ماهه شما ژانویه، فوریه و مارس است، «ماه گزارش» شما فوریه بوده و مهلت گزارش شما تا روز پنجم ماه فروردین "ماه گزارش" شما خواهد بود. سرسید گزارش همیشه پنجمین روز ماه بعد از "ماه گزارش" شما بوده و اگر تا روز یازدهم ماه دریافت نشود، دیر محسوب خواهد شد. اگر گزارش مشمولیت سه ماهه (QR 7) شما دیر برسد، بايستی هرگونه کمک نقدی و یا کوین غذایی که قرار نبود دریافت کنید را برگردانید. بايستی درآمد خالص، تغییرات در تعداد افراد در خانواراتان، دارایی که توسط افراد در خانوار شما خریداری و یا فروخته شد و اطلاعات دیگر برای آن ماه را گزارش کنید به اضافه هرگونه تغییری در درآمد خالص که انتظار دارید در دوره سه ماه آینده اتفاق بیافتد. اگر یک گزارش مشمولیت سه ماهه (QR 7) تکمیل شده را تا آخر اولین روز کاری ماه بعد از ماهی که سرسید گزارش شماست تحويل ندهید، مزایای خانوار شما متوقف خواهد شد.

بايستی موارد زیر را در گزارش سه ماهه گزارش کنید:

1. درآمد کسب شده: کل درآمد ناخالص کسب شده که توسط شما و یا هرفردی در خانوار شما در ماه گزارش کسب شد. این درآمد شامل دستمزدها؛ انعام؛ حقوق مرخصی؛ پاداش های نقدی؛ وجود کسب شده از طریق کار آزاد و یا از برنامه کارآموزی می شود، همچنین هر درآمدی از قبیل اجاره، لباس و یا خوارک مجانی که در عوض کار کسب شده باشد.

مسئولیت های گزارشی شما (ادامه)

در هر زمان، می توانید از بخشداری بخواهید که تمام پرونده شما و یا هر فردی که خانه شما را ترک کرده و یا لازم نیست در واحد امداد باشد را پیگیری نکند. همچنین می توانید از بخشداری بخواهید که بعضی مزایا را ادامه ندهد، از قبیل: Medi-Cal و یا کوپن غذایی. دریافت فقط Medi-Cal/یا کوپن های غذایی به حساب محدوده های زمانی کمک نقدی شما نخواهد آمد.

تغییرات دیگر برای گزارش سه ماهه:

تغییرات دیگری وجود دارد که بخشداری را ملزم خواهد کرد تا مزایای شما را در طول دوره سه ماهه که رخ می دهد کاهش و یا قطع کند. در اینجا چند مثال ذکر می شود:

- یک بزرگسال در خانوار به حد زمانی 60 ماه CalWORKs می رسد.
- یک عضو خانوار محروم/جریمه شده است:
- یک کودک به سن 18 سالگی می رسد (و قبل از سن 19 سالگی از دبیرستان فارغ التحصیل نخواهد شد):
- کسی در خانوار شما شروع به دریافت مزایا در خانوار دیگر نیز می کند؛
- یک کودک و اجد شرایط در پرورشگاه گذاشته می شود؛
- هر کسی که یک دریافت کننده کوپن غذایی بزرگسال سالم و تواناست که وابسته ندارد (ABAWD) و تعداد ساعتی که کار و یا کارآموزی می کند به کمتر از 20 ساعت در هفته و یا 80 ساعت در ماه تقلیل پیدا می کند.

گزارش تغییر در کوپن غذایی

برای گزارش تغییر در کوپن غذایی، بایستی در موقعیت های زیر گزارش کنید:

1. درآمد ماهانه شما شروع می شود، متوقف می شود و یا بیشتر از \$50 تغییر می کنید.
2. منبع درآمد هر فردی تغییر کرده است.

فردی به خانه شما می آید و یا آنرا ترک می کند.

3. فردی به خانوار شما می پیوندد و یا آنرا ترک می کند.

نقل مکان می کنید و یا یک نشانی جدید می گیرید.

هزینه های اجاره و تسهیلات شهری شما تنها اگر نقل مکان می کنید.

4. هر کسی که یک وسیله نقلیه موتوری را می خرد، دریافت می کند، می فروشد و یا اهدا می کند.
5. کل سهام، اوراق قرضه و یا پول دیگر خانوار شما بیش از \$2000 است (و یا \$3000 در صورتیکه عضوی از خانوار 60 سال و یا بیشتر سن دارد).

اگر تغییر در میزان حمایت از کودکی که دادگاه حکم کرده وجود دارد که توسط یک عضو خانوار برای کودکی که در این خانه زندگی نمی کند پرداخت می شود.

6. هر کسی که یک بزرگسال سالم و تواناست که کار و یا کارآموزی می کند به کمتر از 20 ساعت در هفته و یا 80 ساعت در ماه تقلیل پیدا می کند.
7. عضوی از خانوار شما برای اجتناب یک مجازات کیفری، بازداشت و یا جیس بعد از محکومیت و یا تخلف از آزادی مشروط و یا التزامی در حال اجتناب و یا فرار از قانون است.

8. هر عضوی از خانواده که بعد از 22 اوت 1996 برای یک تخلف مربوط به مواد مخدور در رابطه با تولید، فروش یا توزیع مواد کنترل شده و یا هر فعالیتی در رابطه با این اقدامات غیرقانونی و یا کشت، برداشت و یا فرایند ماری جوانا و یا درگیر کردن یک فرد صغیر در فعالیت های فوق محکوم شده باشد.

برای گزارش تغییر در کوپن غذایی، می توانید در موقعیت های زیر گزارش کنید:

9. هنگامیکه بیماری جسمی و یا روانی فردی شروع و یا تمام می شود.

10. هنگامیکه وضعیت شهروندی/مهاجرت فردی شروع می شود و یا نامه، فرم و یا کارت جدیدی از USCIS دریافت می کند.

11. هنگامیکه در هزینه مراقبت از وابسته شما تغییراتی بوده است.

12. هنگامیکه در مخارج پزشکی هر فردی که معلوم است و یا 60 سال یا بیشتر سن دارد تغییراتی بوده و یا مخارج جدید پزشکی دارد. اگر تأیید شود، ممکن است سهمیه شما دوباره محاسبه شود.

13. هنگامیکه هر عضوی از خانوار برای کودکی که در خانه زندگی نمی کند شروع به پرداخت حمایت از کودک بکند که دادگاه حکم کرده است.

برای گزارش سه ماهه کوپن های غذایی غیراماڈی

اگر فقط کوپن های غذایی دریافت می کنید، بایستی در موقع زیر گزارش کنید:

1. هر فردی در خانوار شما به نشانی دیگری نقل مکان می کند، در فکر رفتن است و یا یک نشانی پستی دیگری می گیرد.

2. هر کسی که یک بزرگسال سالم و تواناست که واپسنه ندارد (ABAWD) دریافت کننده کوپن غذایی است و تعداد ساعتی که کار و یا کارآموزی می کند به کمتر از 20 ساعت در هفته و یا 80 ساعت در ماه تقلیل پیدا می کند.

برای گزارش سه ماهه کوپن های غذایی غیراماڈی CalWORKs پایستی تغییرات خاصی را در زمان های دیگر گزارش کنید:

در شرایط خاص، لازم است که چیزهایی را (در ظرف ده روز از تغییر) گزارش کنید حتی اگر "ماه گزارش" شما نیست از قبیل:

1. هر زمان که درآمد خالص ترکیبی خانواده شما (کسب شده و کسب نشده هردو) بیش از دسته بنده گزارش درآمد (IRT:Income Reporting Threshold) برای خانواده به اندازه شماست. مأمور رسیدگی بخشداری، محدوده IRT برای خانواده به آگاهی تان خواهد رسانید. اگر خانواده شما فقط درآمد کسب شده و یا فقط کوپن های غذایی دریافت می کند، فقط لازم خواهد بود که درآمد را در گزارش مشمولیت سه ماهه (QR) خود گزارش کنید.

2. هر زمان که فردی در خانوار شما برای یک جرم مربوط به مواد مخدور معمول شده، یک مجرم در حال فرار می باشد و یا از ازادی مشروط و یا التزامی تخلف کرده است.

3. هر زمان که نقل مکان می کنید بایستی تغییر نشانی خود را گزارش کنید تا بخشداری بداند که مزایا، فرم های گزارش سه ماهه و اعلامیه ها را به کجا ارسال دارد.

گزارش داوطلبانه اطلاعات برای CalWORKs و گزارش سه ماهه کوپن های غذایی:

همچنین می توانید اطلاعات دیگر را به طور داوطلبانه گزارش کنید، حتی اگر "ماه گزارش" شما نیست. گزارش داوطلبانه اطلاعات ممکن است موجب شود که مزایای خانوار شما بالا برود. اگر اطلاعاتی که گزارش شده موجب بالا رفتن مزایای شما شود، بخشداری در ظرف ده روز از تاریخی که تأییدیه را فراهم کنید اقدام خواهد شد. یک مورد استثنای زمانی است که افزایش موجب اضافه شدن فرد دیگری به پرونده شما بشود. در آن موقعیت، بخشداری برای افزایش مزایای اولین ماه بعد از اینکه تأییدیه را فراهم کرده باید اقدام خواهد کرد. حتی اگر قبل از تأییدیه را فراهم کرده کرد، باایستی آنرا در گزارش سه ماهه بعدی خود (QR) نیز گزارش کنید.

بعضی مواردی که گزارش داوطلبانه موجب بالا رفتن مزایای شما می شود شامل اینها می شوند:

- درآمد شما متوقف شده و یا کم می شود.
- فردی که درآمدی ندارد و یا درآمد اندکی دارد به خانه شما نقل مکان می کند (شامل نوزاد می شود).

- کسی که درآمد دارد خانه شما را ترک می کند:
- عقیده دارید که شما و یا فردی در خانوار شما برای پرداخت نیازهای ویژه CalWORKs واجد شرایط است از قبیل نیازهای ویژه حاملگی و یا یک رژیم غذایی ویژه واجد شرایط.

مثال های دیگر فقط برای کوپن های غذایی:

- عضوی برای کوپن غذایی که در خانه زندگی نمی کند شروع به پرداخت حمایت از کودک بکند که دادگاه حکم کرده است.
- عضو خانوار که معلوم است و یا 60 سال یا بیشتر سن دارد.
- هر عضوی که در میزان دارد و یا درآمدی ندارد و یا درآمدی پیش از میزان درآمد ناخالص برای اندازه خانوار های پزشکی جدیدی دارد (در صورت تأیید ممکن است کوپن های غذایی شما دوباره محاسبه شود).

اطلاعات اضافی برای خانوارهای فقط کوپن غذایی

اگر مزایای کوپن غذایی دریافت می کنید و درآمدی را به طور داوطلبانه گزارش می کنید که افزایش پیدا کرده و این درآمد بیش از میزان درآمد ناخالص برای اندازه خانوار شماست، ممکن است که مزایای شما قطع شود.

توجه داشته باشید در صورتیکه فقط مزایای کوپن غذایی دریافت می کنید: (1) لازم نیست هرگونه افزایش در درآمد را در طول دوره سه ماهه گزارش کنید؛ و (2) هنگامیکه تغییرات را به بخشداری و یا درین گزارش های سه ماهه کبی گزارش می کنید، باایستی تغییر در QR بعدی خود را نیز گزارش کنید.

مسئولیت های گزارشی شما (ادامه)

اطلاعات مهم در مورد فقط کمک نقدی

پدر/مادر بیکار

گر به عنوان یک پدر/مادر بیکار برای کمک نقدی درخواست می کنید، حقوق بگیر اصلی (PE) بایستی:

- بیکار باشد و در 4 هفته گذشته کار نکرده باشد

•

برای بیمه بیکاری که مشمول شما می شود درخواست کرده و آنرا قبول کرده باشد

PE پدر/مادری است که در 24 ماه گذشته بیشتر درآمد را داشته است

کمک به بی خانمانها

ممکن است برای هزینه کمک در پرداخت سریناه موقت و یا مسکن از زمان رفت، در صورتیکه خانواده شما برای 10 ماه پشت سر هم قبل از تولد کودک کمک نقدی دریافت می کرده است. در مورد این قاعده موارد استثنای وجود دارد. مأمور رسیدگی به پرونده شما نسخه ای از مقررات MFG را به شما داده و به سوالات شما پاسخ خواهد داد. سپس یک نسخه را امضاء خواهید کرد که اظهار می دارد مقررات را درک می کنید.

ثبات مدارک

اگر در ظرف یک سال از تاریخی که کمک نقدی متوقف شده برای آن درخواست کنید، بخشداری بایستی به پرونده قبلی شما مراجعه کند تا ببینید که ایا مدرکی که مشمولیت شما را مشخص می کند را دارد در هنگامیکه:

- نمی توانید مدرک را کسب کنید و یا
- کسب مدرک برای شما هزینه دارد و یا
- رسیدگی به درخواست شما به تأخیر می افتد چون کسب مدرک برای شما زیادی طول خواهد کشید.

اگر در ظرف یک سال از تاریخی که کمک نقدی متوقف شده برای آن درخواست کنید و اگر بخشداری مدرکی که لازم دارد را نداشته باشد، آنوقت بایستی مدرک را فراهم کنید.

اگر از آخرین باری که کمک نقدی دریافت کردید تغییرات جدیدی داشته اید، بخشداری به مدرک جدید نیاز خواهد داشت.

حضور یابی در مدرسه و مایه کوبی

با اینکه هنگامیکه از طرف بخشداری خواسته شده مدرکی را در موارد زیر فراهم کنید:

- همه کودکان سن مدرسه که به مدرسه می روند و
- کودکان زیر 6 سال که مایه کوبی های مناسب با سنشان را دریافت کرده اند.

(دفترچه راهنمای خط مشی ها و روال ها بخش های 40-105.4: 40-105.5).

حداکثر کمک پرداختی (MAP)

دو رده برای حداکثر کمک پرداختی (MAP) وجود دارد. بیشتر خانواده هایی که کمک نقدی می گیرند رده پایین تر MAP را دریافت می کنند ممکن است خانواده ها رده بالاتر MAP را دریافت کنند در صورتیکه هر یک از والدین و یا مراقبت کننده در واحد امداد (AU:Assistance Unit) :

- معلوم بوده و مزایای درآمد امنیت تکمیلی/پرداخت تکمیلی ایالتی (SSI/SSP) و یا خدمات حمایت در خانه (IHSS) و یا بیمه معلومات ایالتی (SDI) و یا کمک هزینه بیکاری موقت (TWC) و یا غرامت موقتی برای معلولیت (TDI) دریافت می کند

• از یک کودک (کودکان) امداد شده مراقبت می کند که فرزندش نیست و مراقبت دهنده کمک نقدی دریافت نمی کند.

همچنین مشمول MAP بیشتری می باشد:

- خانواده ای که کمک نقدی برای پناهندگان (RCA) دریافت می کند در صورتیکه هر بزرگسال یک مورد استشنا را برآورده می کند.

اگر همه بزرگسالان در خانوار حاصل یکی از این موارد استشنا را برآورده می کنند، از مأمور رسیدگی به پرونده خود در مورد درخواست برای یک مورد استشنا سوال کنید.

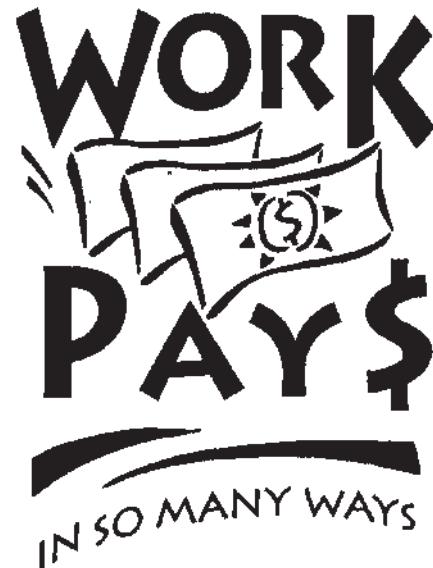
می توانید کار کنید و هنوز کمک نقدی دریافت کنید:

✓ در بیشتر موارد هنگامیکه کار می کنید، درآمدهای ناخالص شما (درآمدها قبل از کسر مالیات) به صورت دلار در ازای دلار از میزان کمک نقدی شما کسر نمی شوند. ممکن است که برای کسری های مربوط به کار واجد شرایط باشد. هنگامیکه همه اینها را جمع کنید، \$\$\$ بیشتری برای خانواده تان دارید.

✓ هنگامیکه یک شغل براساس کمک هزینه کارآموزی در سر کار (OJT) دارید، کل ویا بخشی از مقدار کمک نقدی برای کمک در پرداخت حقوق شما توسط کافرما استفاده می شود. برای حقوق های OJT براساس کمک هزینه، کسری های مربوط به کار دریافت نمی کنید.

✓ در هر دو صورت، ممکن است برای هزینه های مراقبت از کودک که به تأمین کننده شما پرداخت شده واجد شرایط باشد.

در مورد اطلاعات در باره مقررات کاری و کارآموزی، انگیزه های کاری که شامل برنامه های مراقبت از کودک می شود به صفحه 7 رجوع شود. از مأمور رسیدگی به پرونده خود در مورد کارگردان فایده دارد و چطور OJT براساس کمک هزینه می تواند به شما کمک کند سوال کنید.



کارگردان این فایده ها را دارد:

- برای کمک در حمایت از خانواده تان به شما \$\$\$\$ بیشتری می دهد.
- برای شما و خانواده تان زندگی بهتری را بنا می کند.
- مهارت های کاری را توسعه می دهد
- اعتماد به نفس تولید می کند
- به شما رضایت شخصی می دهد

به خاطر داشته باشید که می توانید کار کنید و هنوز کمک نقدی دریافت کنید، تا زمانیکه واجد شرایط باشد و مقررات گزارش کردن سر وقت را برآورده کنید.

لزومات کاری برای بزرگسالان قادر و توانا که کمک نقدی دریافت نمی کنند

اگر فقط کوین های غذایی دریافت می کنید و کودکان صغیر ندارید، یک قاعده کاری دیگر هم هست که ممکن است لازم باشد پرآورده کنید. اگر زیر 18 سال سن دارید، بالای سن 49 سال هستید، حامله اید و یا بخشی از خانوار کوین غذایی هستید که کودک صغیر دارد، لازم نیست که این قاعده کاری را پرآورده کنید. ممکن است به دلایل دیگری معدور شوید که مأمور رسیدگی در بخشداری شما می تواند تشریح کند. قاعده کاری می گوید که اگر یک بزرگسال قادر و توانا هستید، بایستی حداقل 20 ساعت در هفته و یا 80 ساعت در ماه به اشتغال با درآمد مشغول بوده، در یک پروژه برنامه کاری (workfare) برای تعداد لازم ساعات شرکت کرده و یا در یک فعالیت تصویب شده کارآموزی برای حداقل 20 ساعت در هفته و یا 80 ساعت در ماه مشغول باشید. در طول یک مدت زمان 36 ماهه، اگر سه ماه وجود داشته باشد که قاعده کاری را پرآورده نمی کنید، کوین های غذایی متوقف خواهد شد. اگر قاعده کاری را به خاطر دلایلی از قبیل بیکاری موقت (laid off) پرآورده نکنید، ممکن است بتوانید کوین های غذایی را برای سه ماه پشت سرهم بدون پرآورده کردن این قاعده دریافت کنید. بعد از آن تنها زمانی کوین های غذایی را دریافت می کنید که قاعده کاری را پرآورده کنید و یا معدور شوید.

چشم پوشی از درآمد

هنگامیکه درآمد دارید و کمک نقدی دریافت می کنید، دو چشم پوشی (کسری) از درآمد وجود دارد که ممکن است از انواع خاصی از درآمد خانوادگی کسر شوند. هنگامیکه شما و یا هر عضوی از خانواده شما انواع خاصی از درآمد کسب نشده براساس معلولیت دریافت می کنند و یا کار می کنید و کمک نقدی دریافت می کنید، برای چشم پوشی از درآمد به میزان \$225 واحد شرایط هستید. ابتدا از درآمد کسب نشده براساس معلولیت خاصی کسر می شود. سپس هر مقدار باقی مانده از \$225 از درآمد کسب شده کسر می شود. اگر مقدار باقی مانده از درآمد کسب شده وجود دارد، از 50 درصد درآمد کسب شده باقی مانده چشم پوشی خواهد شد.

نحوه رسیدگی به کار آزاد

اگر کار آزاد دارید، می توانید انتخاب کنید که هزینه های کاسی شما براساس کاهش استاندارد 40 درصد از درآمد ناخالص و یا با استفاده از هزینه های واقعی کاسبی محاسبه شود. هنگامیکه یک روش را برای محاسبه درآمد خالص از کار آزاد انتخاب کردید، تنها می توانید آن روش محاسبه را در زمان تعیین دوباره و یا هر شش ماه هر کدام که زودتر اتفاق بیافتد تغییر دهید.

برنامه مراقبت از کودک CalWORKs

مزایای مراقبت از کودک برای دریافت کننده هایی موجود است که به مراقبت از کودک نیاز دارند تا بتوانند کار کنند و یا در فعالیت های رفاه- به- کار که از طرف بخشداری تصویب شده شرکت کنند از قبیل حضوریابی در آموزش و یا برنامه های کارآموزی حرفة ای.

مراقبت از کودک اداره آموزش کالیفرنیا (CDE)

مزایای مراقبت کودک از CDE نیز موجود است. برای اطلاعات بیشتر با منبع محلی خود و یا سازمان مراجعتی (Referral Agency) تماس بگیرید.

Medi-Cal انتقالی (TMC)

اگر بخاطر اینکه کار می کنید دیگر کمک نقدی دریافت نمی کنید، ممکن است برای حداقل 24 ماه Medi-Cal دریافت کنید خانواده شما بایستی برای حداقل سه ماه از شش ماه گذشته قبیل اینکه کمک نقدی متوقف شود کمک نقدی دریافت کرده باشد. برای دریافت TMC برای بیش از شش ماه، درآمد شما بایستی زیر محدوده های خاصی باشد و بایستی مقررات گزارش TMC را پرآورده کنید.

مقررات کار و کارآموزی

اماور رسیدگی به پرونده شما در مورد مقررات کمک نقدی و / یا کوین غذایی که بایستی قابل و بعد از تصویب درخواست تان مراعات کنید به شما خواهد گفت. ممکن است لازم باشد مشغول فعالیت های کاری، کارآموزی و یا آموزشی باشید تا بتوانید به دریافت کمک نقدی، کوین های غذایی و یا هر دو ادامه دهید. ممکن است لازم باشد که بیش از یک عضو خانوار از مقررات کاری کمک نقدی و / یا کوین غذایی پیروی کند. اگر فردی به خاطر عدم پیروی از مقررات کاری و یا کارآموزی فاقد صلاحیت شود، اعضای دیگر خانوار تا زمانیکه واحد شرایط باقی بمانند، هنوز می توانند کمک نقدی و یا کوین های غذایی دریافت کنند. ولی ممکن است مقدار کمک نقدی و یا کوین های غذایی که دریافت می کنند تغییر کند.

مقررات کاری کمک نقدی

اگر کمک نقدی و یا کوین های غذایی و یا فقط کمک نقدی دریافت می کنید، لازم خواهد بود که در فعالیت های رفاه- به- کار خاصی شرکت کنید تا به دریافت کمک نقدی و کوین های غذایی ادامه دهید. بخشداری تعداد ساعات در هفته که بایستی در آین فعالیت ها شرکت کنید و یا اگر از اجرای این مقررات معدور باشید را به شما خواهد گفت. فعالیت های رفاه- به- کار شامل کار سوپرسید و یا سوپرسید نشده، تجربه کاری، خدمت به کامپونیتی، آموزش اساسی بزرگسالان، کارآموزی حرفة ای و جستجو برای کار شده ولی به انها محدود نمی شود. سوپرسید یعنی بخشداری و یا منبع درآمد دیگر بخشی از حقوق شما را به کارفرماییان می پردازد.

مقررات کاری کمک نقدی همچنین می گویند که بایستی:

- یک طرح رفاه- به- کار را امضا کنید؛
- یک کار مناسب که به شما عرضه شده را قبول کنید؛
- یک شغل را رها نکرده و یا درآمد خود را کاهش ندهید.

تلخیمه برای پرآورده نکردن مقررات کاری کمک نقدی

هیچان که یه یک دلیل خوب مقررات کاری کمک نقدی را پرآورده نمی کنید، تا زمانیکه آنچه بایستی انجام دهید را نکرده اید کمک نقدی را نکرده اید تا به خواهد شد. بعد از اینکه کمک نقدی شما قطع و یا کم شد، تنها زمانی می توانید آنرا پس بگیرید که مقررات کاری که در پرآورده کردن آنها قصور کردید را پرآورده کنید و یا از انها معدور شوید. اگر کمک نقدی شما قطع شود، ممکن است کوین های غذایی شما نیز برای یک، سه و یا شش ماه قطع و یا کم شود.

مقررات کاری کوین غذایی برای افرادی که کمک نقدی دریافت نمی کنند

اگر فقط کوین های غذایی دریافت می کنید، ممکن است لازم باشد که در فعالیت های شغلی و کارآموزی خاصی شرکت کنید تا به دریافت کوین های غذایی ادامه دهید. این فعالیت ها شامل جستجو برای کار، برنامه کاری (workfare)، آموزش اساسی بزرگسالان و کارآموزی حرفة ای می شود. بخشداری تعداد ساعات در هفته که بایستی در آین فعالیت ها شرکت کنید و یا اگر از اجرای این مقررات معدور باشید را به شما خواهد گفت.

مقررات کاری کوین غذایی همچنین می گویند که بایستی:

- سوالات در مورد تجربه کاری و توانایی به کار را پاسخ دهید؛
- یک فرصت کاری ممکن که به شما می گوییم را مورد ملاحظه قرار داده و یک کار مناسب که به شما عرضه می شود را قبول کنید؛
- یک فرصت کاری را رها نکرده و یا تعداد ساعات کاری خود را به کمتر از 30 ساعت در هفته کاهش ندهید.

مجازات فقط برای کوین غذایی

اگر مقررات کاری کوین غذایی را پرآورده نکنید و دلیل خوبی نداشته باشید، کوین های غذایی شما برای یک، سه و یا شش ماه قطع خواهد شد که بستگی به تعداد دفعاتی دارد که مقررات را پرآورده نکرده اید. بعد از اینکه کوین های غذایی شما قطع شد، تنها در پایان مدت مجازات می توانید آنها را پس بگیرید و یا زودتر اگر معدور شوید.

اطلاعات مهم دیگر

فقط کوین غذایی سهمیه تسهیلات شهری

لش مینیچن های سهه و نس، تین نالرید، به نشما یمه چاهش بیاره سهمیه تسهیلات شهری
انستانت ناله (SUA) توزیله چهه، میفت. لش مینیچن های سهه تسهیلات شهری به ژیف
ان چم بیهه و نس، تین نالرید ان تیپیها آب، شانه عاله نباله، به نشها یمه چاهش
بیهه سهمیه تسهیلات شهری، به نشها یمه چاهش بیهه سهمیه تسهیلات تیلفن (TUA) بیهه چهه
تیلفن نالرید، به نشها یمه چاهش بیهه سهمیه تسهیلات تیلفن (TUA) بیهه چهه
نمش، TUA، LUA، SUA، میه منن های سهه پیچشتیج ژیفه افت خیزه.

MEDI-CAL/34-COUNTY CMSP صرف کردن دارایی بیش از حد

اگر فقط CMSP Medi-Cal/34-County دریافت کنید ویا برای آن درخواست
کنید و بیش از مقداری که قاعده اجازه می دهد دارایی داشته باشید، می تواند انرا
تا آخرین روز ماه کاهش دهید که شامل ماه درخواست می شود. برای Medi-Cal
می توانید دارایی بیش از حد خود را به هر ترتیبی که می خواهید صرف کنید.
کنید و در صورتیکه هر گونه دارایی را به بهای کمتر از ارزش ان بفروشد ویا اهدا
تسهیلات آسایشگاهی درخواست کرده ویا انرا دریافت برای مراقبت Medi-Cal در سطح
مدت زمانی برای مراقبت در سطح تسهیلات آسایشگاهی واجد شرایط نباشد
اگر هر گونه دارایی را به بهای کمتر از ارزش آن بفروشد ویا اهدا کنید، ممکن
است برای 34-County CMSP محدوده دارایی

منابع مالی و دارایی

همه مزایای Medi-Cal که بعد از سن 55 سالگی دریافت می شوند منوط به
بازستانتی از مایملک دریافت کننده متوفی می باشد. با این وجود، بازستانتی
ممکن است از ارزش مایملک تجاوز کند. اگر همسر متوفی علیه هنوز در قید
حیات باشد، ممکن است بازستانتی رخ ندهد. دولت ممکن است سهم متناسب از
یک مایملک که برای یک کودک صغیر ویا یک کودک بزرگسال کاملاً معلول باقی
مانده باشد را ادعای نکند. علاوه بر این، اگر بازستانتی موجب تنگdestی مغوط
برای هر وارت دیگر شود و آن تنگdestی را بتوان ثابت کرد، ممکن است از
بازستانتی به طور کامل ویا ناکامل سرنفظ شود.

اگر به طور دراز مدت در بایزاده استگاه ویا بیمارستان به سر می برد و خانه ویا
خانه قبلي شما معاون نیست، دولت ممکن است برعلیه دارایی شما حکم ممنوع
الفروش بودن صادر کند تا هزینه مراقبت پیشگوی که توسط Medi-Cal پوشش
داده شده بازپرداخت شود.

خدمات موجود

برنامه تغذیه تکمیلی زنان، نوزادان و کودکان (WIC)؛ برنامه WIC فقط برای زنان
حامله ویا زنانی که با شیر مادر تغذیه می دهند، نوزادان و کودکان زیر 5 سال است
که در خطر تغذیه پیشگوی استند. برای اطلاعات بیشتر در مورد WIC، با اداره
بهداشتی/درمانی بخشداری محلی خود ویا شماره تلفن "WIC" در کتابچه تلفن
بگیرید.

ثبت نام رأی دهنده ها: اگر می خواهید برای رأی دادن ثبت نام کنید، از مامور
رسیدگی به پرونده خود بخواهید که یک فرم ثبت نام را برای شما ارسال کند. اگر در پر
کردن آن به کمک نیاز دارید، از مامور رسیدگی به پرونده خود بپرسید. می توانید
خود تان فرم را با پست ارسال کنید. ثبت نام کردن ویا نکردن بر روی واحد شرایط بودن
شما برای کمک تأثیری نخواهد گذاشت. مامور رسیدگی به پرونده به شما نخواهد گفت
که چطور رأی دهید.

خانوارهای گزارش سه ماهه کمک نقدي و کوین غذایي مقررات بودجه بندي

مقدار کمک نقدي و/یا کوین های غذایي که دریافت می کنید بستگی به درآمد و
مخارج اجازه داده شما دارد. هر سه ماه، یک گزارش مشمولت سه ماهه (QR 7)
را پرای پر کردن دریافت خواهید کرد. لازم است در QR 7 گزارش کنید که چه
درآمد و مخارجي را در ماه گذشته داشته اید و چه درآمد و مخارجي را فکر می
کنید در سه ماه بعد از تحویل گزارش تان داشته باشید. درآمد و مخارجي که
انتظار دارید در سه ماه آینده داشته باشید برای محاسبه مقدار کمک نقدي و/یا
کوین های غذایي که برای آن سه ماه می توانید دریافت کنید استفاده خواهد شد.
اطلاعاتی که در مورد ماه گذشته در QR 7 می گذارید برای سه ماه آینده استفاده
خواهد شد در صورتیکه پيش بيني نمی کنید که درآمد و مخارج شما تغيير کند.
برای مثال، اگر يك 7 QR را در ماه مارس تحويل دهيد، درآمدی که در ماه فوريه
داشته ايد را گزارش خواهد کرد. همچنین هر گونه تغييرات در درآمد که انتظار
داريد در ماه هاي اوپريل، مه و ژوئن داشته باشيد را گزارش خواهد کرد. اگر
درآمد ماه فوريه تغييری نمی کند، کمک نقدي و/یا کوین های غذایي شما برای ماه
های اوپريل، مه و ژوئن با استفاده از همان درآمد و مخارج برای آن ماهها محاسبه
خواهد شد. اگر درآمد و مخارج شما تغيير خواهد کرد، مامور رسیدگي به پرونده
شما از مقدار درآمد جدیدی که فکر می کنید در ماه های اوپريل، مه و ژوئن
دریافت خواهد کرد استفاده خواهد کرد تا مقدار کمک نقدي و/یا کوین غذایي را برای
آن ماه ها محاسبه کند. اين روش بودجه بندي آينده نگر خوانده می شود.

محدوده دارایی
یک محدوده \$2000.00 بر میزان دارایی وجود دارد (برای مثال، حساب بانکی،
سهام و غیره)، که خانوار شما می تواند داشته باشد و هنوز کمک نقدي و/یا کوین
های غذایي دریافت کند. اگر فردی در خانوار شما حداقل 60 سال سن دارد، این
محدوده به \$3000.00 افزایش پيدا خواهد کرد. مادامی که در خانه تان زندگی
می کنید، خانه و اثنائي شما بخشی از کل محدوده نیستند محدوده ارزش هر
وسیله نقلیه \$4650 است. اگر وسیله نقلیه ثبت شده شما بیش از \$4650
دارد، هر مقداری که بالاتر از محدوده باشد به عنوان بخشی از کل محدوده دارایی
استفاده خواهد شد مگر اينکه خانوار به دلایل خاصی به وسیله نقلیه نیاز داشته
باشد. از مامور رسیدگي خود در مورد دلایل سوال کنید. از هر وسیله نقلیه که
داريد که نمی توان به بهای بیش از \$1500 فروخت، به عنوان بخشی از کل
محدوده دارایی برای تعیین مشمولت استفاده نخواهد شد. مامور رسیدگي به
پرونده شما می تواند برای شما تشریح کند که چطور ارزش هر وسیله نقلیه ثبت
نشده را محاسبه کنید.

محدوده زمانی 60 ماهه

از تاريخ 1 ژانویه 1998، يك پدر/مادر ویا وابسته مراقبت کننده در صورتیکه
برای مجموع 60 ماه کمک نقدي دریافت کرده باشد برای کمک نقدي واحد شرایط
نیست همه کمک هایی که از طریق CalWORKS (فرصت کاری و مسئولیت در
مقابل کودکان کالیفرنیا) دریافت شده باشد و/یا کمک نقدي که از هر ایالات دیگر
دریافت شده باشد در مجموع 60 ماه به حساب می آید. فقط پول نقدي که بعد از
1 ژانویه 1998 دریافت شده باشد در مجموع 60 ماه به حساب می آید. در
مورد این محدوده زمانی موارد استثنای وجود دارد و این محدود برای کودکان اعمال
نمی شود.

منابع مالی/انتقال مزايا به صورت الکترونی (EBT)
هر گونه موجودی که در آخر ماه در حساب EBT باقی بماند به عنوان يك منبع مالي
موجود محسوب خواهد شد و ممکن است خانوار را برای کمک نقدي غیرمشمول
کند، در صورتیکه کل منابع مالی قابل شمارش شما بیش از محدوده منابع مالی
اجازه داده شده باشد.

قاعده انتقال سرمایه
دریافت کننده ها می توانند دارایی خود را فروخته، مبالغه کرده ویا شکل آنرا تغییر
دهند، در صورتیکه ارزش عادلانه بازاری دارایی (سرمایه) را دریافت کنند. اگر
ارزش عادلانه بازاری را برای سرمایه دریافت نکنید، خانواده یک دوره غیرمشمول
دریافت خواهد کرد. مدت زمان غیرمشمولیت با کسر کردن مبلغ دریافت شده از
ارزش عادلانه بازاری سرمایه و سپس تقسیم این مقدار با استاندارد نیازی خانواده
محاسبه می شود. این مقدار به عدد کامل کوچکتر بعدی رند می شود.

Cal-Learn

Cal-Learn به نوجوانان حامله و/یا یچه دار زیر 20 سال که کمک نقدي دریافت
می کنند و دیبلم دیپرستان ویا مشابه آن را ندارند کمک می کند که در مدرسه باقی
بمانند ویا به آن برگردند. نوجوانان در برنامه Cal-Learn ممکن است برای نمرات
خوب و فارغ التحصیل شدن از دیپرستان پاداش های نقدي دریافت کنند. نوجوانان
Cal-Learn ممکن است در مراقبت از کودک، ترابری و خدمات دیگر کمک
دریافت کنند. جریمه های نقدي ممکن است از پرداخت کمک نقدي خانواده آنها
برای به مدرسه نرفتن ویا نمرات بد کسر شود

احظارهای مجازات

فقط کوین غذایی

اگر خانوار شما مزایای کوین غذایی دریافت می کند، بایستی از مقررات زیر پیروی کنند:

- برای دریافت مزایای کوین غذایی اطلاعات نادرست و یا ناقص ارائه نکنید.
- کارت EBT خود را مبادله نکرده و به فروش نرسانید.
- کارت EBT را برای دریافت مزایای کوین غذایی که مشمول دریافت آن نیستید دستکاری نکنید.
- از مزایای کوین غذایی برای خرید اقلام غیرمشمول از قبیل نوشابه های الکلی و یا سیگار، کاغذ و یا مخصوصات تمیزکننده استفاده نکنید.
- از کارت EBT فرد دیگری برای خانوار خود استفاده نکنید.

مجازات های کوین غذایی

اگر مقررات کوین غذایی را مراجعات نکنید، مزایای شما ممکن است به مدت 12 ماه برای تخلف اول، 24 ماه برای بار دوم و تا ابد برای بار سوم متوقف شود. و ممکن است تا حداقل \$250,000 جویمه شده و یا برای 20 سال به زندان/جبس فرستاده شوید. اگر به یکی از دلایل زیر در هر دادگاه قانونی و یا جلسه رسیدگی اداری مجرم شناخته شوید:

- مزایای کوین غذایی را برای اسلحه، مهمات و یا مواد منفجره مبادله کردید و یا به فروش رسانید، ممکن است مزایای کوین های غذایی برای اولین تخلف تا ابد متوقف شوند;
- مزایای کوین غذایی را برای مواد کنترل شده مبادله کردید و یا به فروش رساندید، ممکن است مزایای شما به مدت 24 ماه برای تخلف اول و تا ابد برای بار دوم متوقف شوند;
- مزایای کوین غذایی که \$500 با بیشتر ارزش دارد را مبادله کردید و یا به فروش رساندید، ممکن است مزایای کوین های غذایی تا ابد متوقف شوند؛ دو درخواست نامه و یا بیشتر برای مزایای کوین غذایی را در آن واحد تسليم کردید و مدرک شناسایی و یا اطلاعات اقامت ناصحیح را به بخشداری ارائه کردید، ممکن است مزایای کوین های غذایی شما برای 10 سال متوقف شوند.

اگر عمدآ همه اطلاعات را گزارش نکنید و یا اطلاعات غلط را گزارش کنید تا بتوانید مزایا دریافت کرده و یا آنرا حفظ نکنید، ممکن است پیگیری قانونی شوید و اگر پیش از 400\$ اشتباهآ با صورت کمک نقدي، کوین های غذایی و یا Medi-Cal به شما پرداخت شود چون همه اطلاعات و یا تغییرات در درآمد، دارایی و یا وضعیت خانوادگی خود را گزارش نکرده اید، ممکن است به ارتکاب کلامبرداری متهم شوید. و ممکن است از دریافت کمک نقدي و یا کوین های غذایی سلب صلاحیت شوید.

مجازات های سلب صلاحیت

کمک نقدي و کوین های غذایی

مجازات های سلب صلاحیت بعد از اینکه یک جلسه رسیدگی ایالتی و یا دادگاه قانونی حکم می کند که یک فرد مرتكب تخلف عمدى از برنامه (IPV) شده شروع می شوند. همچنین، هر فردی که متهم به ارتکاب IPV شده ممکن است با ا مضاء یک موافقت رضایت سلب صلاحیت و یا معافیت از جلسه سلب صلاحیت اداری موافقت کند که سلب صلاحیت شود. هر فردی که یکی از این اسناد را ا مضاء کند که از هرگونه حقوق برای جلسه رسیدگی صرفنظر می کند و مستولیت بازپرداخت هرگونه پرداخت بیش از مقدار مقرر کمک نقدي و یا توزع بیش از مقدار مقرر کوین غذایی را قبول می کند.

مجازات های کمک نقدي

اگر عمدآ مقررات کمک نقدي را مراجعات نکنید، ممکن است تا حداقل \$10,000 جویمه شوید و یا برای 5 سال به زندان/جبس فرستاده شوید.

و اگر توسط دادگاه قانونی و یا یک جلسه رسیدگی ایالتی برای ارتکاب بعضی انواع کلامبرداری مقصیر شناخته شدید، ممکن است کمک نقدي شما به مدت 6 ماه، 12 ماه، 2 سال، 4 سال، 5 سال و یا تا ابد متوقف شود.

گواهی نامه مأمور رسیدگی به مشمولیت

اینجانب گواهی می کنم که به نظر می رسد متقاضی/دریافت کننده موارد زیر را درک می کند:

- حقوق و مستولیت های خود و مجازات های ارائه اطلاعات ناکامل یا غلط و یا قصور در گزارش کردن اطلاعات و یا موقعیت هایی که ممکن است بر روی واحد شرایط بودن و یا سطح مزایای من برای کمک نقدي و یا کوین های غذایی Medi-Cal/34-County CMSP تأثیر بگذارد آگاهی هرینه برای کردید و مدرک شناسایی و یا اطلاعات اقامت ناصحیح را به بخشداری ارائه داده شد:

• حقوق، مستولیت ها و اطلاعات مهم دیگر (SAWS 2A QR)

• برای کمک نقدي:

اعلامیه آگاهی از رفاه به کار (WTW 5)

برای Medi-Cal/34-County CMSP 219 : Medi-Cal/34-County CMSP 219 و محتویات آن برای وی تشریح شد.

گواهی نامه متقاضی/دریافت کننده

اینجانب از حقوق و مستولیت های خود آگاهی داشته و قبول می کنم که از مستولیت هایم پیروی کنم.

اینجانب همچنین از مجازات های ارائه اطلاعات ناکامل یا غلط و یا قصور در گزارش کردن اطلاعات و یا موقعیت هایی که ممکن است بر روی واحد شرایط بودن و یا سطح مزایای من برای کمک نقدي و یا کوین های غذایی Medi-Cal/34-County CMSP تأثیر بگذارد آگاهی دارم.

اینجانب گواهی می کنم که نسخه ای از حقوق، مستولیت ها و اطلاعات مهم دیگر (SAWS 2A QR) به من داده شده است.

همچنین گواهی می کنم در صورتیکه برای کمک نقدي درخواست و یا آنرا دریافت کردم، نسخه ای از مدرک زیر را دریافت کردم:
 علامیه آگاهی از رفاه به کار (WTW 5)

(حرف اول اسم متقاضی/دریافت کننده)

همچنین گواهی می کنم که برای Medi-Cal/34-County CMSP درخواست کرده، نسخه ای از MC 219 /CMSP 219 را دریافت کرده و محتویات آن برایم تشریح شد.

امضا (پدر/مادر و یا وابسته مراقبت دهنده، عضو خانوار کوین غذایی و یا نماینده مجاز، متقاضی/ذینفع Medi-Cal/34-County CMSP)	
امضا (پدر/مادر دیگر که در خانه زندگی می کند)	تاریخ
امضا مأمور رسیدگی به مشمولیت	شماره مأمور رسیدگی به مشمولیت

اطخارهای مجازات

فقط کوین غذایی

- اگر خانوار شما مزایای کوین غذایی دریافت می کند، بایستی از مقررات زیر پیروی کنند:
 - برای دریافت مزایای کوین غذایی اطلاعات نادرست و یا ناقص ارائه نکنید.
 - کارت EBT خود را مبادله نکرده و به فروش نرسانید.
 - کارت EBT را برای دریافت مزایای کوین غذایی که مشمول دریافت آن نیستید دستکاری نکنید.
 - از مزایای کوین غذایی برای خرید اقلام غیرمشمول از قبیل نوشابه های الکلی و یا سیگار، کاغذ و یا محصولات تمیز کننده استفاده نکنید.
 - از کارت EBT فرد دیگری برای خانوار خود استفاده نکنید.
- مجازات های کوین غذایی**
- اگر مقررات کوین غذایی را مراجعات نکنید، مزایای شما ممکن است به مدت 12 ماه برای تخلف اول، 24 ماه برای بار دوم و تا ابد برای بار سوم متوقف شود. و ممکن است تا حداقل \$250,000 جریمه شده و/یا برای 20 سال به زندان/حبس فرستاده شوید. اگر به یکی از دلایل زیر در هر دادگاه قانونی و یا جلسه رسیدگی اداری مجرم شناخته شوید:

 - مزایای کوین غذایی را برای اسلحه، مهمات و یا مواد منفجره مبادله کردید و یا به فروش رسانید، ممکن است مزایای کوین های غذایی برای اولین تخلف تا ابد متوقف شوند؛
 - مزایای کوین غذایی را برای مواد کنترل شده مبادله کردید و یا به فروش رساندید، ممکن است مزایای شما به مدت 24 ماه برای تخلف اول و تا ابد برای بار دوم متوقف شوند؛
 - مزایای کوین غذایی که \$500 یا بیشتر ارزش دارد را مبادله کردید و یا به فروش رساندید، ممکن است مزایای کوین های غذایی تا ابد متوقف شوند؛ و درخواست نامه و یا بیشتر برای مزایای کوین غذایی را در آن واحد تسليم کردید و مدرک شناسایی و یا اطلاعات اقامت ناصحیح را به پخشداری ارائه کردید، ممکن است مزایای کوین های غذایی شما برای 10 سال متوقف شوند.

اگر عمدتاً همه اطلاعات را گزارش نکنید و یا اطلاعات غلط را گزارش کنید تا بتوانید مزایا دریافت کرده و یا آنرا حفظ نکنید، ممکن است پیکری قانونی شوید و اگر پیش از 400 ₮ اشتباها به صورت کمک نقدي، کوین های غذایی و یا Medi-Cal به شما پرداخت شود چون همه اطلاعات و یا تغییرات در درآمد، دارایی و یا وضعیت خانوادگی خود را گزارش نکرده اید، ممکن است به ارتکاب کلاهبرداری متهم شوید. و ممکن است از دریافت کمک نقدي و یا کوین های غذایی سلب صلاحیت شوید.

مجازات های سلب صلاحیت کمک نقدي و کوین های غذایی

مجازات های سلب صلاحیت بعد از اینکه یک جلسه رسیدگی ایالتی و یا دادگاه قانونی حکم می کند که یک فرد مرتکب تخلف عمده از برنامه (IPV) شده شروع می شوند. همچنین، هر فردی که متهم به ارتکاب IPV شده ممکن است با اعضاء یک موافق رضایت سلب صلاحیت و یا معافیت از جلسه سلب صلاحیت اداری موافقت کند که سلب صلاحیت شود. هر فردی که یکی از این اسناد را امضا کند که از هرگونه حقوق پرای جلسه رسیدگی صرفنظر می کند و مسئولیت بازپرداخت هرگونه پرداخت بیش از مقدار مقرر کمک نقدي و/یا توزیع بیش از مقدار مقرر کوین غذایی را قبول می کند.

مجازات های کمک نقدي

اگر عمدتاً مقررات کمک نقدي را مراجعات نکنید، ممکن است تا حداقل \$10,000 جریمه شوید و/یا برای 5 سال به زندان/حبس فرستاده شوید. و اگر توسط دادگاه قانونی و یا یک جلسه رسیدگی ایالتی برای ارتکاب بعضی انواع کلاهبرداری مقصص شناخته شید، ممکن است کمک نقدي شما به مدت 6 ماه، 12 ماه، 2 سال، 4 سال، 5 سال و یا تا ابد متوقف شود.

گواهی نامه مأمور رسیدگی به مشمولیت

اینچنانچه گواهی می کنم که به نظر می رسد متقاضی/دریافت کننده موارد زیر را درک می کند:

- حقوق و مسئولیت های خود و
- مجازات ها برای ارائه اطلاعات ناکامل یا غلط و یا قصور در گزارش کردن اطلاعات و یا موقعیت هایی که ممکن است بر روی واحد شرایط بودن و یا سطح مزایای وی برای کمک نقدي و یا کوین های غذایی و/یا سهمیه هزته برای Medi-Cal/34-County CMSP تأثیر بگذارد.

همچنین گواهی می کنم که نسخه ای از مدارک زیر به متقاضی/دریافت کننده داده شد:

- حقوق، مسئولیت ها و اطلاعات مهم دیگر (SAWS 2A QR)

• برای کمک نقدي:

□ اعلامیه آگاهی از رفاه به کار (WTW 5)

برای Medi-Cal/34-County CMSP 219 : Medi-Cal/34-County CMSP 219 و MC 219/CMSP 219 محتویات آن برای وی تشریح شد.

گواهی نامه متقاضی/دریافت کننده

اینچنانچه از حقوق و مسئولیت های خود آگاهی داشته و قبول می کنم که از مسئولیت هایم پیروی کنم.

اینچنانچه همچنین از مجازات های ارائه اطلاعات ناکامل یا غلط و یا قصور در گزارش کردن اطلاعات و یا موقعیت هایی که ممکن است بر روی واحد شرایط بودن و یا سطح مزایای من برای کمک نقدي و یا کوین های غذایی و/یا سهمیه هزته Medi-Cal/34-County CMSP تأثیر بگذارد آگاهی دارم.

اینچنانچه گواهی می کنم که نسخه ای از حقوق، مسئولیت ها و اطلاعات مهم دیگر (SAWS 2A QR) به من داده شده است.

همچنین گواهی می کنم در صورتیکه برای کمک نقدي درخواست و یا آنرا دریافت کردم، نسخه ای از مدارک زیر را دریافت کردم:
 علامیه آگاهی از رفاه به کار (WTW 5)

(حرف اول اسم متقاضی/دریافت کننده)

همچنین گواهی می کنم که برای Medi-Cal/34-County CMSP درخواست کرده، نسخه ای از Medi-Cal/34-County CMSP 219 /CMSP 219 را دریافت کرده و محتویات آن برایم تشریح شد.

امضاء (پدر/مادر و یا وابسته مراقبت دهنده، عضو خانوار کوین غذایی و یا نماینده مجاز، متقاضی/ذینفع Medi-Cal/34-County CMSP)	تاریخ
امضاء (پدر/مادر دیگر که در خانه زندگی می کند)	تاریخ
امضاء مأمور رسیدگی به مشمولیت	تاریخ